

СЛУЧАЙ НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМЫ ПОЧКИ

В.П. Стусь, Н.Н. Моисеенко, Ю.И. Алиева

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Неходжкинские лимфомы (НХЛ) представляют собой гетерогенную группу злокачественных опухолей, развивающихся из лимфоидной ткани с разнообразными клиническими и биологическими особенностями [5].

Неходжкинская лимфома занимает 8-е место в структуре диагностируемых онкологических процессов у мужчин (age-standardized rate (ASR) 6.1/100 000) и 11-е место у женщин (ASR 4.2/100 000) [8]. Процент неходжкинских лимфом в структуре общей заболеваемости онкологическими патологиями составляет 5,1%, а смертность — 2,7%. Высокий уровень заболеваемости отмечается в таких регионах как: Северная Америка, Европа, Океания. По данным International Agency for Research on Cancer на 2008 год в мире зарегистрировано 356 000 новых случаев неходжкинской лимфомы и 192 000 летальных исходов в связи с данной патологией [4].

Среди особенностей развития неходжкинских лимфом почек необходимо отметить следующие:

1. Гематогенное распространение в почку возникает на поздних стадиях течения болезни.

2. Поражение почек встречается у пациентов с высокой злокачественностью неходжкинских лимфом, диффузными лимфомами и такими, которые развиваются после трансплантации органов [6].

Неходжкинские лимфомы классифицируются по следующим признакам.

По скорости развития процесса:

1. Лимфомы с медленным развитием процесса, патологический процесс долгое время не проявляет себя в организме — индолентные лимфомы.

2. Лимфомы с быстрым, иногда молниеносным развитием процесса, процесс развивается активно и оказывает ярко выраженное угнетающее воздействие на организм — агрессивные лимфомы.

3. Лимфомы с промежуточной скоростью развития процесса, оказывают заметное и прогрессирующее патологическое воздействие на организм — промежуточная форма лимфомы.

По локализации:

1. Лимфомы, возникающие в лимфатических узлах (узел — nodus) — нодальные.

2. Лимфомы, возникающие за пределами лимфатических узлов (в желудке, костном мозге, легких, селезенке и т.д.) — экстранодальные.

Единая классификация ВОЗ:

1. В-клеточные опухоли, развивающиеся из предшественников В-лимфоцитов.

2. Т-клеточные и НК-клеточные опухоли, развивающиеся из предшественников Т-лимфоцитов.

3. Т-клеточные лимфомы, развивающиеся из периферических (зрелых) Т-лимфоцитов.

Клиника. Наряду с симптомами, которые возникают в результате воздействия опухоли на пораженный орган, неходжкинские лимфомы также вызывают общие симптомы, такие как:

1. Необъяснимая потеря веса.

2. Лихорадка.

3. Повышенная потливость в ночное время.

Эти симптомы должны насторожить лечащего врача и послужить основанием для проведения тщательной диагностики. Также необходимо обращать внимание на общий анализ крови. При распространении патологического процесса в костный мозг происходит замещение нормальных тканей патологически измененными, что в свою очередь приводит к угнетению эритро- и лимфопоэза.

Тревожными симптомами также являются:

1. Частые инфекционные заболевания и/или их тяжелое течение;

2. Частые кровотечения, в результате незначительных травм;

3. Слабость и быстрая утомляемость пациента [3].

Диагностика. Для диагностики неходжкинских лимфом применяют лабораторные и инструментальные методы: общий анализ крови, биохимический анализ крови, тест на выявление вирусов гепатита и иммунодефицита человека, УЗИ, КТ и МРТ.

Общий анализ крови: оценка показателей периферической крови позволяет оценить степень поражения патологическим процессом органов кроветворения.

Биохимический анализ крови: возможно повышение фракций ЛДГ, возможны изменения в почечно-печеночном комплексе [1].

При УЗИ, КТ и МРТ:

1. Характерны множественные лимфомы в почках.
2. Поражения достигают размеров 1–3 см.
3. Отмечается диффузное поражение паренхимы с увеличением органа.
4. При введении контрастного вещества – гиповаскулярное поражение.
5. Низкая рентгеноплотность (по сравнению с окружающими тканями).
6. Образование неправильной формы.
7. Увеличение органа или вздутие капсулы.
8. Определяется диффузная инфильтрация перинефральных тканей.
9. Поражения чашечно-лоханочной системы могут быть обнаружены в кортико-медуллярной и урографической фазах.

Данные МРТ:

- в режиме T1-: изо- или гипointенсивное образование;
- в режиме T2-: гипointенсивное образование;
- в режиме T1 после введения контраста: слабое контрастирование лимфомы по сравнению с паренхимой.

Данные УЗИ: гипоехогенное образование [6].

Лечение. Для объединения основных принципов лечения неходжкинской лимфомы необходимо учесть ряд факторов, обуславливающих специфику лечения. К ним относят: иммунофенотип (В-или Т-клеточный), морфологический вариант патологического процесса (индолентные или агрессивные НХЛ), стадия процесса, интоксикация (А или В симптомы), индивидуальный прогноз (степень риска по Интернациональному прогностическому индексу – IPI). Для выбора метода лечения необходимо также знать объем патологического образования (более 10 см по наибольшему диаметру и более 1/3 диаметра грудной клетки – для медиастинальных масс) [7].

К консервативным методам лечения относят лучевую терапию, химио- и иммунотерапию.

Лучевая терапия. Для лечения неходжкинских лимфом используют наружное облучение источниками высоких энергий. У пациентов с I и II стадиями неходжкинской лимфомы лучевую терапию применяют как основной метод лечения, однако предпочтительнее использовать

комбинированное лечение (химиотерапия + лучевая терапия).

Лучевая терапия может применяться как паллиативный метод на поздних стадиях патологического процесса.

Лучевую терапию назначают короткими курсами (5 дней в неделю в течение нескольких недель). Она может использоваться как основной метод лечения при вялотекущей форме патологического процесса. Ремиссия наблюдается до 10 лет у 40% пациентов. К побочным эффектам лучевой терапии относят: возможные изменения со стороны кожных покровов, повышенную утомляемость пациента, другие побочные эффекты, связанные с локализацией облучения (например, энтеропатии и диспепсии при облучении абдоминальной области).

Химиотерапия. Основным направлением химиотерапии является уничтожение патологически измененных клеток путем использования противоопухолевых препаратов. Данный вид лечения может быть реализован в формате монотерапии или комплексно. Терапия проводится в виде курсов с интервалами 2–4 недели в отделении или в амбулаторных условиях. Параметры лечения подбираются индивидуально и зависят от степени тяжести процесса, общего состояния пациента и комплекса других факторов.

Факт того, что химиотерапия не является избирательным методом воздействия на патологически измененные клетки, обуславливает выраженность побочных эффектов. Одно из них – поражение здоровых клеток, обладающих способностью к быстрому делению (костный мозг, слизистые оболочки полости рта и ЖКТ, волосяные фолликулы). Как следствие лечения могут возникнуть: облысение, изъязвления в ротовой полости, снижение общего иммунитета, кровоточивость, анемия, общая слабость, потеря аппетита, быстрая утомляемость. Степень выраженности побочных эффектов зависит от продолжительности лечения и суммарной дозы препарата.

Побочные эффекты временные. При необходимости возможно проведение терапии, нивелирующей эти явления (противорвотные; антибиотики; факторы роста, стимулирующие выработку лимфоцитов; назначение противовирусных препаратов и т.п.)

Необходимо учесть, что в ходе химиотерапии у пациента проявится синдром лизиса опухоли. Опасность заключается в том, что содержимое распавшихся патологически измененных клеток, попадая в кровоток, нарушает функции центральной нервной системы, почек и сердца.

Для профилактики синдрома лизиса опухоли необходимо назначить пациенту увеличенное потребление жидкости.

Иммунотерапия. В иммунотерапии применяются вещества, которые при нормальных условиях функционирования организма вырабатываются иммунной системой. Они способны уничтожить патологически измененные клетки, замедлить рост онкологического процесса и активизировать защитные функции организма.

Применение интерферонов вызывает остановку роста онкологического процесса и уменьшение размеров опухоли. Часто применяется в составе комбинированной терапии с химиопрепаратами.

Моноклональные антитела также используют для борьбы с клетками лимфомы. Эти антитела производятся в лабораторных условиях и практически не вызывают побочных эффектов [2].

Предлагаем вашему вниманию клинический случай неходжкинской лимфомы почки у молодого человека. Окончательный диагноз установлен при исследовании удаленной почки.

Пациент М., 23 года.

Жалобы: на боль в правой поясничной области.

Анамнез заболевания: считает себя больным с 1.10.13 г., когда вечером, около 22 часов, (через час после приема пищи) появилась тошнота, однократная рвота. Лекарственных средств не принимал, самочувствие постепенно нормализовалось. Резкое ухудшение общего состояния отмечает 3.10.13, когда по дороге на работу возникла резкая схваткообразная боль в поясничной области справа. Обратился в медицинский пункт шахты, где были введены анальгетики. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемное отделение центральной городской больницы, осмотрен, госпитализирован в терапевтическое отделение. Проведено УЗИ, на основании которого установлен предварительный диагноз — острый паранефрит справа, асцит, гепатоспленомегалия. С данным диагнозом 5.10.13 urgently поступил в урологическое отделение КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова».

Анамнез жизни: Анамнестических сведений, значимых для диагностики данной патологии, не выявлено.

Объективно: Состояние средней степени тяжести, обусловлено интоксикацией и болевым синдромом. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 95 уд/мин. Температура 36,8 °С. Нормостеник. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные,

чистые. Слизистые бледные. Щитовидная железа без изменений. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижны. Границы сердца не расширены.

При осмотре область живота не изменена. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется ниже края реберной дуги на 3 см. Край ее ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Мочевыделительная система. Почки не пальпируются. При пальпации в проекции почек отмечается болезненность с правой стороны. Симптом поколачивания с правой стороны положительный.

Дополнительные методы обследования:

В общем анализе крови — лейкопения $3,6 \times 10^9$ /л; эритроциты $2,87 \times 10^{12}$, гемоглобин (НВ) 75 г/л — анемия, скорость оседания эритроцитов — 68 мм/час.

В общем анализе мочи — эритроциты 1 — 3 в п/зр. соли ураты.

Ультразвуковое исследование: печень увеличена, косой вертикальный размер правой доли 186 мм (в норме — 150 мм), краниокаудальный размер левой доли 110 мм (в норме — 100 мм). Толщина левой доли 89 мм (N — 70 мм). Капсула четкая, структура паренхимы однородная, гиперэхогенная. Правая почка — расположение физиологическое, размеры 138x71 мм. Форма обычная, капсула четкая паренхима толщиной 25 мм. Структура диффузно неоднородная, гиперэхогенная. Чашечно-лоханочная система — чашечки расширены до 8 мм, лоханка — до 15 мм. В проекции лоханки и с распространением к верхнему и нижнему полюсам определяется гипоехогенная патологическая структура протяженностью до 160 мм, толщина до 25 мм. Левая почка — расположение физиологическое, размеры 112x84 мм. Форма обычная, капсула четкая. Паренхима 19 мм, сохранена. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Компьютерная томография (рис. 1): определяются признаки подкапсульной гематомы в паранефральной области.

На основании жалоб на боли в области почки, снижение гемоглобина, наличие гипоехогенного образования вокруг почки по данным УЗИ и КТ заподозрено повреждение почки с наличием околопочечной гематомы. Запланировано оперативное вмешательство в объеме: люмботомия, ревизия забрюшинного пространства (признаки околопочечной гематомы), удаление гематомы. В ходе операции было обнаружено: капсула Герота спаяна с подлежащими тканями,



Рис.1. Компьютерная томография:
1 – почка; 2 – патологическое образование
в паранефральной клетчатке

выражена сеть венозных сосудов. Почку со всех сторон охватывает опухолевидное образование желто-серого цвета, распространяющееся в ворота почки, сосудистую ножку. Выполнена нефрэктомия справа, с удалением околопочечной жировой клетчатки, содержащей опухолевые массы. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. После получения результатов гистологического исследования пациент направлен для прохождения адъювантного лечения.

Макропрепарат (рис. 2, 3): почка 10х6х4 см, плотной консистенции, на разрезе желто-серого

цвета с участками черно-кофейного размером от 3х2 до 5х4 см.

Патогистологическое заключение: неходжкинская лимфома.

Выводы

Таким образом, в приведенном клиническом случае правильный диагноз был установлен только при гистологическом изучении удаленной почки. Учитывая низкую частоту встречаемости неходжкинских лимфом вообще, и с локализацией процесса в почках, в частности, необходимо отметить, что диагностика данного заболевания сопряжена со значительными трудностями. В случае с нашим пациентом, можем отметить нехарактерный для неходжкинской лимфомы возраст (23 года, тогда как патологический процесс чаще развивается в более старшем возрасте). Такие факторы как недооценка жалоб и данных анамнеза больного (в которых не было указаний на травму), результатов УЗИ, КТ (гепатоспленомегалия, признаки паранефральной гематомы – признак диагностически схожий с неходжкинской лимфомой), лабораторных данных (лейкопения, признаки анемии, ускоренное СОЭ) – не позволили правильно установить диагноз до оперативного вмешательства.

Неходжкинская лимфома почек – относительно редкое заболевание в практике клинициста. В развитии неходжкинской лимфомы играют роль многие этиологические факторы, такие как пол, возраст, раса, генетическая предрасположенность и др. Патологический процесс может быть различным по локализации и ско-



Рис. 2. Макропрепарат удаленной почки

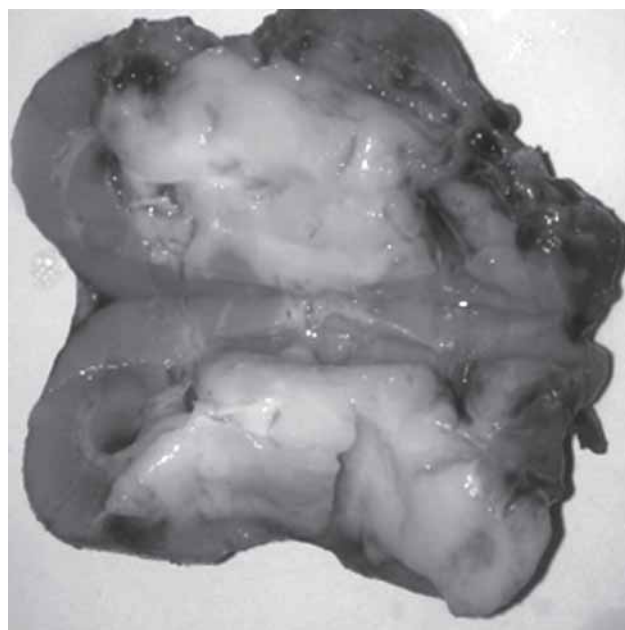


Рис. 3. Макропрепарат удаленной почки

рости распространения, но основой для классификации являются особенности строения патологически измененных клеток. Клинические проявления патологического процесса зависят от стадии заболевания, пролиферативной активно-

сти и размеров опухоли. Лечение подбирается индивидуально в соответствии с параметрами опухолевого процесса. Среди консервативных методов результативны лучевая, химио- и иммунотерапия.

Список литературы

1. How is non-Hodgkin lymphoma diagnosed: [Электронный ресурс] // URL: <http://www.cancer.org/cancer/non-hodgkinlymphoma/detailedguide/non-hodgkin-lymphoma-diagnosis>.
2. Неходжкинские лимфомы (лимфосаркомы) у взрослых: [Электронный ресурс] // URL: http://www.pror.ru/forms_big_nonlymphoma.shtml.
3. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2014. — P. 247.
4. Burton C., Jack A., Adamson P., Roman E. Descriptive epidemiology. In: Magrath IT, editor. The Lymphoid Neoplasms. 3rd edition. — London: Hodder Arnold, 2010. — P. 47–58.
5. Muller A.M., Ihorst G., Mertelsmann R., Engelhardt M. Epidemiology of non-Hodgkin's lymphoma (NHL): trends, geographic distribution, and etiology // Ann Hematol. — 2005.
6. Хамм Б., Асбах П., Бейерсдорф Д., Хайн П., Лемке У. Лучевая диагностика. Болезни мочеполовой системы: Пер. с англ., под общ. ред. Л.М. Гумина, 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 280 с.
7. Поддубная И.В. Неходжкинские лимфомы / Клиническая гематология: Руководство для врачей: Глава 23. Под ред. М.А. Волковой. — М.: Медицина, 2001. — С. 336, 375.
8. ASR — мировой уровень заболеваемости, стандартизированный по возрасту.

Реферат

ВИПАДОК НЕХОДЖКІНСЬКОЇ ЛІМФОМИ НИРКИ

В.П. Стусь, М.М. Моїсеєнко, Ю.І. Алієва

Враховуючи досить рідкісні випадки неходжкінської лімфоми взагалі, і з локалізацією в нирках зокрема, варто зазначити, що діагностика даної патології пов'язана зі значними труднощами. У випадку з нашим пацієнтом можемо відзначити нехарактерний для неходжкінської лімфоми вік (23 роки, тоді як патологічний процес розвивається в значно старшому віці). Такі фактори як недооцінка скарг і даних анамнезу хворого (в яких не було даних з травм), результатів УЗД, КТ (гепатоспленомегалія, ознаки паранефральної гематоми — ознака діагностично схожа з НХЛ), лабораторних даних (лейкопенія, ознаки анемії, прискорене ШОЕ) не дозволили правильно встановити діагноз до оперативного втручання.

Ключові слова: неходжкінська лімфома, нирки, діагностика, лікування.

Адреса для листування

М.М. Моїсеєнко
E-mail: niknikmoiseenko@gmail.com

Summary

CASE OF NON-HODGKIN KIDNEY'S LYMPHOMA

V.P. Stus, N.N. Moiseenko, J.I. Alieva

Considering the low incidence of non-Hodgkin lymphoma (NHL) in general, and with location in kidneys in particular, we should note that the diagnosis of this pathology is rather difficult. In our case we can see unusual for NHL age of the patient (23 y.o., when pathological process usually develops in older age). Such factors as underestimation of patient's complaints and his medical history (where no trauma was indicated), ultrasonography results, computerized tomography (hepatosplenomegaly, signs of perinephric hematoma — diagnostically similar to NHL), lab results (leukopenia, signs of anemia, increased ESR) didn't allow to diagnose the disease correctly before the surgery.

Keywords: non-Hodgkin lymphoma, kidneys, diagnostics, treatment.